●〈症例〉

著明な直腸潰瘍を認めた サルモネラ腸炎の1例

高橋 裕 西村民子 小俣富美雄 須賀孝夫
上野文昭

東海大学大磯病院内科

〔Key Words〕サルモネラ腸炎, 直腸潰瘍

はじめに

サルモネラ腸炎による病変は、終末回腸と深部大腸が好発部位であることが知られている。われわれは、直腸に著明な潰瘍形成を認めたサルモネラ腸炎を経験したので報告する。

症例：62歳女性。

主訴：口渇。

既往歴：54歳より高血圧にて内服治療中。

家族歴：母親に直腸癌。

現病歴：93年10月26日より水様性下痢、悪心、嘔吐が出現し、症状が増悪したので10月29日近医を

受診した。著明な脱水とそれに伴うショック、意識混濁、アシドーシス、急性腎不全を認め、同日夕方当院に転院となった。病歴からは生卵の摂取や NSAIDs、抗生物質の使用はなかった。

入院時身体所見：血圧100/70、脈拍70(整)、体温36.3℃。貧血・黄疸・チアノーゼなし。皮膚の緊張低下のほか、下肢に浮腫を認めた。

入院時検査所見(Table 1)：BUN 117mg/dl、クレアチニン 8 mg/dl と異常高値を認め、CRP 27.5mg/dl、血沈46mm/hr と炎症反応の著明上昇を認めた。免疫法による便潜血反応は陰性、CD toxin も陰性であった。著明な脱水による腎前性の急性腎不全と考え、十分な補液を行った。また、後日判明した便の細菌培養検査にて、非チフス型サルモネラ菌(serotype O-9)が検出された。

入院経過(Fig. 1)：補液療法にもかかわらず、腎機能が悪化したため透析を導入した。透析は5回のみで、離脱が可能であった。第4病日の腎生検の病理所見は、acute tubular necrosisであった。下痢がほぼ消失してきた第15病日に、全腸管洗浄法による前処置後、大

Table 1 Laboratory findings on admission.

※Complete blood count

WBC	9,900 / μ l
Hb	15.5 g/dl
Ht	44.1 %
Platelet	174 $\times$ 10 ³ / μ l

※Blood chemistry

BUN	117 mg/dl
Cr	8.0 mg/dl
AST	119 U/l
ALT	70 U/l
CK	1206 U/l
Na	126 mEq/l
K	4.6 mEq/l

CRP	27.5 mg/dl
ESR	46 mm/hr

※Analysis of blood gas(Artery)

PH	7.456
PCO ₂	23.0 Torr
PO ₂	96.7 Torr
HCO ₃	16.2 mEq/l
BE	-4.7

※Urine

protein	(1+)
occult blood	(3+)

※Stool

occult blood	(-)
CD Toxin	(-)

※Bacteriology(stool)

Salmonella sp. (O-9)

Fig. 1 Clinical course.

腸内視鏡検査を実施した。

大腸内視鏡所見：直腸の歯状線より5～10cmの間に、内腔の約1/3を占める辺縁が不整な潰瘍を認めた。潰瘍底は深く、辺縁はやや不規則な地図状で、周囲粘膜は浮腫状であった。潰瘍底からの出血や血管露出は認めなかった。その肉眼形態は特異で、一般的に感染性腸炎の際にみられるような粘膜病変とは異なっていた(**Color 1**)。同部位の病理組織学的検査では、強い炎症細胞浸潤を伴う潰瘍の所見で、悪性像や線維筋症は認めなかった。

S状結腸にはびらんの散在を認め、粘膜は所々に粘膜下血管の透見を認めるが、全体的に浮腫状であった。さらに深部大腸にも、明らかなびらんや潰瘍は認めず、浮腫状の粘膜が続いた。終末回腸では、軽い発赤がみられるだけで、潰瘍性病変は回盲弁も含めて認められなかった(**Color 2**)。

考 察

従来、サルモネラ腸炎の病変は小腸が主体とされてきたが、1969年 Boyd の剖検例報告以来サルモネラ大腸炎の存在が知られるようになった。1974年菱沼らがわが国で初めてサルモネラ腸炎の内視鏡像を報告している¹⁾。1981年よりの J-medicine で検索したサルモネラ腸炎の内視鏡像に関する報告例²⁻⁵⁾を検討し、記載の明確な77例につきまとめたものが **Fig. 2** である。

病変部位は、直腸から回腸に至るまでほぼ均等に分布している。内視鏡所見は、検査時期もまちまちではあるが、炎症を示す軽度の発赤が83.1%と多く、潰瘍は13%と少なかった。また潰瘍の分布は、深部大腸から回腸にかけて多くみられ、本例のように直腸にみられたものは1例も認めなかった。本症例は、臨床経過から急性腎不全を起こしたサルモネラ腸炎と考えられた。潰瘍の性状から直腸粘膜脱症候群の可能性も考えられたが、その組織所見の鑑別により否定的であった。

おわりに

直腸という非典型的な部位に著明な潰瘍を生じたサルモネラ腸炎を経験したので、若干の文献的考察を加え報告した。

Fig. 2 Endoscopic findings in *Salmonella enterocolitis* (77 reported cases in Japan).

文 献

- 1) 菱沼義興, 村上義次, 名尾良憲, 他: 感染性腸炎の内視鏡像. 胃と腸, 9: 623~628, 1974
- 2) 喜田 剛, 田島 強: 感染性腸炎と潰瘍性大腸炎の鑑別. 胃と腸, 18: 343~352, 1983
- 3) 第25回内視鏡学会総会 ポスターパネル1: 大腸の感染症. Gastroenterol Endosc, 25: 2020~2035, 1983
- 4) 佐々木宏晃, 水谷元雄, 和井内秀樹, 他: 感染性腸炎の内視鏡像: とくにキャンピロバクター腸炎とサルモネラ腸炎の鑑別について. 埼玉医会誌, 21: 840~844, 1986
- 5) 林 繁和, 中村常哉, 栗田恭充, 他: *Salmonella* 腸炎における大腸内視鏡像の検討. Gastroenterol Endosc, 30: 1920~1924, 1988

A Case of *Salmonella* Colitis with Prominent Ulcer Formation in the Rectum

Hiroshi Takahashi Tamiko Nishimura
Fumio Omata Takao Suga
Fumiaki Ueno

A 62-year-old female was referred to our hospital for acute renal failure due to diarrhea. She was successfully treated with hemodialysis and antibiotics. Stool culture revealed *salmonella* sp (O-9). Colonoscopy performed on the 15th hospital day showed prominent deep ulcer in the rectum. This finding was very unusual for *salmonella* colitis.

In the literature, *salmonella* enterocolitis tends to involve distal ileum and right side of the colon, and rectal ulcer has not been reported.

Dept of Medicine, Tokai University Oiso Hospital.

<カラーは23pに掲載>